Aus der Universitätshautklinik Freiburg i. Br.:
Direktor: Prof. Dr. G. A. Rost.

Ueber Erythematodes der Mundhöhle.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Doktorwürde in der Zahnheilkunde

der Hohen Medizinischen Fakultät

der

Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Eduard Plück,
appr. Zahnarzt
aus Aachen.

1932

Bonner Universitäts-Buchdruckerei Gebr. Scheur.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die ersten Arbeiten über den Erythematodes stammen von Hebra und Cazenave zu Beginn des vorigen Jahrhunderts. Seither ist umfangreiches Material über die Erkrankung zusammengetragen und beschrieben worden. Dennoch steht sie nach wie vor im Mittelpunkt der Forschung.

Die ausführlichen und grundlegenden Arbeiten Kaposi's aus den Jahren 1869 und 72 brachten bereits Klarheit des klinischen und histologischen Bildes. Das mannigfache Aussehen veranlaßte Kaposi, auch schon eine Einteilung in eine chronische und eine disseminierte oder akute Form vorzunehmen. Diese Einteilung wurde 1904 von Jadassohn in Mraczek's Handbuch noch erweitert, indem er neben der chronischen Form

1. Fälle unterscheidet, die im allgemeinen mit dem chronischen Erythematodes übereinstimmen und die er nur deshalb zu der akuten Form rechnet, weil einzelne Herde diffus in größerer Zahl schubweise auftreten: Lupus erythematodes disseminatus.

2. Fälle, bei denen während oder nach einem chronischen Erythematodes ein akuter Ausbruch mit multiformen Hauterscheinungen auftritt: Lupus erythematodes discoides plus acutus.

3. Fälle ohne Vorhandensein eines chronischen Erythematodes, also die rein akute Form: Lupus erythematodes acutus.

Während heute das klinische und histologische Bild scharf umgrenzt, die Diagnose in den meisten Fällen klar zu stellen ist, ist die Frage nach der Ätiologie der Erkrankung nach wie vor umstritten. Um die Jahrhundertwende wurde diese Frage besonders aufgeworfen. Einige Autoren stellen den Erythematodes als Erkrankung der Talgdrüsen hin, andere deuten auf Zirkulationsstörungen und sonstige pathologische Verhältnisse. Vor allem steht die tuberkulöse Natur des Leidens im Vordergrund der Diskussion. Dieser Streit zeigt sich schon in der Nomenklatur der Erkrankung. Hebra bezeichnet sie als „Seborrhoea congestiva", Cazenave als „Lupus erythematodes". Biett spricht von „Erythème centrifuge", Unna schlug später „Ulerythema centrifugum" vor, eine Bezeichnung, die heute vielfach, so auch von Rost, angenommen wird. Bei einer 1908 von Civatte angestellten Umfrage nach der Ätiologie hat die Mehrzahl der Autoren sich gegen die Tuberkulose als Ursache ausgesprochen. So auch Jadassohn, der vor allem die ätiologischen Momente genau geprüft, kann keinen direkten Zusammenhang mit der Tuberkulose feststellen.

Dies ist auch heute noch der Standpunkt der englischen Schule, die sie für eine Infektionskrankheit nicht tuberkulöser Natur hält. Französische Autoren halten dagegen an der Theorie

fest, daß sie eine atypische Hauttuberkulose, ein erythematös atrophierendes Tuberkulid sei. Veiel kommt nach kritischer Würdigung aller Thesen zu dem Ergebnis, daß bei einer sehr großen Menge von Fällen keine Beziehungen zur Tuberkulose nachgewiesen werden. Bei weiteren Fällen sind tuberkulöse Erscheinungen zwar vorhanden, mit Sicherheit ätiologisch jedoch nicht zu verwerten. Nur eine kleine, aber gut beobachtete Zahl von Fällen bleibt übrig, bei denen man mit Sicherheit sagen kann, daß der Tuberkelbazillus der ätiologische Faktor gewesen ist. Lewandowsky, der diese Frage zusammenfassend bearbeitet hat, kommt noch 1921 trotz vielfacher Beziehungen der Krankheit zur Tuberkulose zu der Auffassung, daß die Kenntnis ihrer Entstehung unsicher und unbefriedigend ist. Die überwiegende Mehrzahl der Autoren nimmt heute an, daß der Ursprung ein toxischer ist, daß es sich um Toxine von Streptokokken, Staphylokokken oder anderen Bakterien handelt.

Von jeher haben auch eine Reihe prädisponierender Momente eine große Rolle gespielt: Lebensalter, Geschlecht, Klima, fehlerhafte Blutzirkulation namentlich in den peripheren Gefäßen.

Daneben sind die auslösenden Momente in der Pathogenese des Erythematodes von großer Bedeutung. Da sind vor allem Sonnenlicht und Frost zu nennen; wie überhaupt solche Personen, dies ist auch von Rost beobachtet und

durch 2 Freiburger Dissertationen erwiesen, vorzüglich befallen sind, die ihren Beruf im Freien ausüben. Einige Forscher sind sogar soweit gegangen, den Erythematodes als Lichtdermatose anzusprechen. Ätiologische Wirkungen kann man jedoch dem Sonnenlicht ebenso wenig wie dem Frost oder anderen Irritationen zuschreiben. Sequeira und Baleau meinen, daß die Lokalisation der Krankheitsherde erstens von einem nervösen, vielleicht angioneurotischen Faktor, ferner von einer lokalen Irritation beeinflußt sei. Sie betonen das beobachtete Auftreten von Erythematodes nach erweichenden Umschlägen, nach Reizungen durch chemische Lichtstrahlen, selbst Moskitostichen. Auslösende Faktoren für das Auftreten der Schleimhautherde, was besonders für den Zahnarzt wichtig, können kariöse Zähne, künstliche Gebisse, Zahnklammern und mangelhaft sitzende Zahnersatzstücke sein. Dafür spricht auch die oft gemachte Beobachtung, daß trotz disseminiertem Erythematodes der Gesichtshaut sich an Gaumen oder Wangenschleimhaut meist nur ein oder zwei Erythematodesherde finden. Die Anwendung von anästhesierenden Injektionsmitteln in der Zahnheilkunde kann ebenfalls eine Gelegenheitsursache bilden. So entstand die Erkrankung, wie angenommen wird (Herrenknecht 1913), von einer injizierten Stelle durch Kälteeinwirkung auf die äußere Haut.

Im Rahmen dieser Arbeit soll indessen nicht näher auf die Frage eingegangen werden, ob der Erythematodes eine ätiologische Einheit darstellt

oder nicht. Es soll hier einmal die besondere Lokalisation des Erythematodes an den Schleimhäuten der Mundhöhle behandelt werden.

Der chronische Erythematodes hat eine große Vorliebe, sich in bestimmten Körpergegenden (Gesicht, Hände, Füße) symmetrisch oder fast symmetrisch zu lokalisieren. Aber auch wirklich einseitiges Vorkommen ist oft zu diagnostizieren. Von der Erkrankung der Schleimhaut, speziell der Mundhöhle, bei der chronischen Form hat man bis vor kurzer Zeit nur relativ wenig gewußt. Sie wird meist nur nebenbei erwähnt und als selten bezeichnet. Hiervon wird weiter unten noch die Rede sein. Zunächst werde ich auf das klinische Bild und die Diagnose der Schleimhautaffektionen näher eingehen.

Die Diagnose des Erythematodes auf den Schleimhäuten der Mundhöhle ist bezw. kann sehr schwierig sein. Erst bei einer ganz genauen Musterung von vollentwickelten und charakteristischen Fällen, im Verein mit den besten ausführlichen Beschreibungen, lernt man das Aussehen des Leidens auf den Schleimhäuten kennen (Kren). Eine große Stütze für die Diagnose ist es selbstverständlich, daß die Schleimhautaffektionen sozusagen immer von Effloreszenzen auf der Haut oder jedenfalls auf dem Prolabium begleitet sind. Wenn aber die Krankheit überhaupt die Schleimhaut angreifen kann, ist es sehr wohl anzunehmen, daß sie auch hier beginnen kann und sich für eine Zeit oder immer ausschließlich hierauf begrenzt hält. Die Bestre-

bungen müssen deshalb, wie P. Haslund betont, darauf ausgehen, eine so eingehende Kenntnis der morphologischen Charakterzüge der Schleimhauteffloreszenzen zu erlangen, daß die Diagnose gestellt werden kann. Wichtige Beiträge zur Morphologie und Symptomatologie des Schleimhautleidens haben Trautmann, Capelle, Dubreuilh und Kren geliefert. Haslund glaubt jedoch, daß Trautmann mit der Systematisierung zu weit geht, wenn er gleich wie auf der Haut eine diskoide und disseminierte Form unterscheidet. Der Erythematodes kann auch mit getrennten Flecken auf der Schleimhaut auftreten, kaum aber in größerer Zahl. Dagegen glaubt Haslund eine ausgesprochene Tendenz zur Ausbreitung nach der Fläche hin gefunden zu haben.

Mit die beste Beschreibung des klinischen Bildes der Mundaffektionen liefert Kren. Beschreibungen anderer Autoren weichen nur in unwesentlichen Teilen von dieser ab. Kren schildert das Krankheitsbild des Erythematodes an der Schleimhaut in typischen Fällen als eine oberflächliche Entzündung, die sich nach außen gegen die gesunde Schleimhaut meist scharf umgrenzt abhebt. Die Ränder der einzelnen Herde sind erhaben, flachen gegen die Umgebung langsam ab, während sie zur Herdmitte steil abfallen. Die Ränder sind dunkelrot verfärbt und zeigen einzelne Teleangiektasien, die sich in die Umgebung langsam verlieren. Das Zentrum der Herde läßt eine atrophische, meist violettrote Schleimhaut erkennen, die mit zahlreichen zar-

ten, weißen oder blauweißen Pünktchen und Streifchen bedeckt ist. Zentral sieht man häufig Erosionen und oberflächliche Ulcerationen mit gelblichen Auflagerungen. Bei älteren Herden ist dieses Bild etwas verwaschen. Charakteristisch sind hier nur die Ausläufer der Ränder, die sich reiserbesenartig nach außen auffasern.

Die typische, vollentwickelte Erythematodesplaque mit ihren oben beschriebenen Eigentümlichkeiten wird kaum diagnostische Schwierigkeiten machen. Höchstens ein tertiärpapulöses Syphilid könnte ein ähnliches Bild haben. Meist bietet sich das Krankheitsbild jedoch nicht in dieser typischen Form, sodaß es differentialdiagnostisch kritisch betrachtet werden muß. Eines der Hauptmerkmale des Erythematodes der Schleimhaut ist seine Hartnäckigkeit. Die Läsionen an den feuchten Stellen bestehen gewöhnlich aus Erosionen, welche, falls sie sich nicht gerade in akut entzündlichem Stadium befinden, mit gequollenem Epithel bedeckt und von einem unregelmäßigen, wenig erhabenen und wenig charakteristischen Rande eingefaßt sind. Der Fleck hat auch manchmal eine gelbliche Färbung und manchmal ist er leukoplakieartig. Bei diesen etwas atypischen oder nicht voll entwickelten Stellen gibt es oft kaum eine herdförmige Schleimhauterkrankung, die man nicht mit Erythematodes verwechseln könnte. So könnte man die dunkelroten oedematösen Papeln auch für ein Arzneiexanthem halten und mit unentwickelten Formen von Erythema exsudativum, Dermatitis herpetiformis, Pemphigus verwechseln.

Die Differentialdiagnose Erythema exsudativum multiforme, sowie die blasigen Erkrankungen kommen differentialdiagnostisch bei den entzündlichen Anfangsstadien und vor allem bei der akuten Form des Erythematodes auf der Schleimhaut in Betracht. In den Anfangsstadien ist der Erythematodes gegen Schleimhauterytheme so gut wie nicht abzugrenzen. Für Erythema exsudativum ist der Nachweis der Blasenprovenienz, der Mangel der Atrophie, vor allem die akute Art der Entstehung (kurzer Bestand, rauher Ablauf) charakteristisch.

Große Ähnlichkeit kann gegenüber dem Lichen ruber planus bestehen wegen der sich gleichsehenden weißlichen Plaques. (Die Lichenknötchen sind jedoch zu charakteristisch, als daß die Diagnose leicht übersehen werden könnte.)

Ähnlichkeit mit Leukoplakie besteht in gewissen Grenzen. Bezeichnen doch viele Autoren die Mundaffektionen als leukoplakieartige Herde. Der Leukoplakie fehlt jedoch die feine strichförmige und verzweigte Anordnung der zarten Epitheltrübungen.

Sehr wichtig ist die Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis. Die diskoide Form kann die Gestalt von Kreisbögen und eine serpiginöse Komfiguration annehmen. K a p o s i spricht von einer Verwechslungsmöglichkeit mit einem Syphilid. Die disseminierte Form zeigt ebensolche Knoten, die syphilitischen Papeln täuschend ähnlich sind. Im Zweifelsfalle ergibt jedoch die genaue Beobachtung, der Spirochaetennachweis,

vor allem der therapeutische Erfolg, die Diagnose. Auf die Wassermann'sche Reaktion kann man sich mit Sicherheit nicht verlassen. Ehrmann und Falkenstein haben über mehrere Fälle mit positiver Wassermann-Reaktion berichtet.

Endlich wäre noch die tuberkulöse Affektion der Mundschleimhaut zu erwähnen. In dieser Beziehung bestehen aber Schwierigkeiten dadurch, daß eine Reihe von Autoren den Erythematodes für eine tuberkulöse Erkrankung erklären. Die Differentialdiagnose zwischen dem nicht als Tuberkuloseprodukt betrachteten Erythematodes und den sogen. Tuberkuliden kann demnach recht schwierig werden. Selbstredend kommt nur der Lupus vulgaris, nicht die ulcerierte Tuberkulose in Betracht. Diese unterscheidet sich von vornherein durch ihre unregelmäßige Gestalt, ihre Tiefe und ihren progredienten Charakter. Manche Lupusformen neigen dagegen zur Involution und Narbenbildung, ohne daß es zur Ulceration kommt. Beim Lupus vulgaris sind die Ränder nicht so leicht abzugrenzen und haben nicht den charakteristischen roten oder weißen Wall mit seinen Gefäßektasien. Außerdem ist er meist papillär.

Die Therapie des Erythematodes der Schleimhäute ist die gleiche wie die des Erythematodes überhaupt. Lokale Therapie wird deshalb sehr wenig angewandt, weil die Schleimhautläsionen im allgemeinen keine Beschwerden machen. Einfache und gute Mundpflege werden

diese leicht beheben. Von den lokaltherapeutischen Methoden lobt Haslund die Kohlensäureschneerfrierung. Fuhs und auch Rost hatten gute Erfolge mit Kaltkaustik.

Histologische Untersuchungen von Schleimhauterythematodes sind spärlich, geben aber doch ein mit dem der äußeren Haut überwiegend übereinstimmendes Bild. Am Lippenrot konstatierte Kren schmale, tiefe Epitheleinsenkungen bis in die Papillarschicht, oft bis tief in die Cutis. Bei starker Entzündung oedematöse Durchtränkung des gesamten Epithels und der Papillarschicht, Erweiterung der Blut- und Lymphgefäße. In einem anderen Fall fand sich ein vorwiegend aus Rundzellen bestehendes Infiltrat der Papillarschicht. Auch Haslund beschreibt als wichtigste histologische Veränderung eine Umbildung der obersten Schichten zu einer parakeratotischen Hornschicht und eine gleichzeitige Massenvermehrung, sowie Oedem. Im Bindegewebe Zellinfiltrationen und Gefäßerweiterung in verschiedenem Grad. In manchen Fällen bestehen die Veränderungen der Schleimhaut, wie aus Befunden anderer Autoren hervorgeht, aus Hyperkeratose und Atrophie der Stachelschicht, aus einer Infiltration der Cutis und aus Gefäßveränderungen.

Wie schon gesagt, hat man von der Erkrankung der Mundschleimhaut bisher nur relativ wenig gehört. In den meisten Lehrbüchern wird sie nur nebenbei erwähnt und überwiegend als selten bezeichnet. Wohl sah man häufig ein

Uebergehen der Erkrankung von der Haut der Lippen auf das Lippenrot (Bazin, Homolle, Neumann, Duhring, Ehrmann), und hier meist wenig charakteristische, leicht schuppende und trockene oder auch erodierte, rissige Herde, evtl. mit erythematösem Saum. Die Erkrankung der eigentlichen Mundschleimhaut war bekannt, galt aber als sehr selten. (Neumann, Renouard, Veiel, Hutchinson.)

Eine brauchbare Statistik ist aus der Literatur aus verschiedensten Gründen schwer zu entnehmen. Die Erscheinungen an der Mundschleimhaut sind vielfach ignoriert worden. Das mag zum Teil daran liegen, daß der Schleimhaut wesentliche Bestandteile fehlen, die den Hauteffloreszenzen ihr charakteristisches Gepräge geben. Geringe Grade von Hyperämie und Zyanose fallen auf der Schleimhaut weniger auf, Blutungen und Ulcerationen sind dagegen häufiger. In den letzten Jahren hat man der Lokalisation in der Mundhöhle genauere Beachtung geschenkt und viele Autoren sind der Ansicht, daß sie keineswegs so selten ist, wie man anfangs angenommen hat. Sie wurde eben, wie bereits erwähnt, wegen des wenig charakteristischen Aussehens und häufigen Fehlens irgend welcher klinischer Beschwerden übersehen oder nicht zu deuten gewagt. Trautmann hat in der Literatur bei der chronischen Form des Erythematodes bis 1911 im Ganzen 90 Fälle und bei der akuten 6 Fälle sammeln können. Haslund glaubt dem Erythematodes keine ausgesprochene Tendenz zur Lokalisierung in der Mundhöhle zusprechen

zu können. Nach ihm beruht die Vorstellung von einem häufigeren Vorkommen des Erythematodes an den Schleimhäuten auf einer falschen Ansicht und meint, die Autoren hätten nur deshalb eine höhere Zahl gefunden, weil sie das Prolabium mit in die Zählung einbezogen hätten. Selbst wenn Haslund das Prolabium und die Schleimhaut des Mundes zusammenfaßt, glaubt er durch ein hinreichend großes Material zu zeigen, daß keine ausgesprochene Tendenz besteht. Smith fand die Schleimhaut in 100 Fällen 28 mal befallen, Culver 27 mal. Kren findet diesen Prozentsatz nach seinem Wiener Material zu hoch gegriffen. In den letzten Jahren beschäftigen sich außer den genannten Autoren noch Sibley, Norsk, Nobl, Abramowitz und Ledermann mit den Erythematodes-Erscheinungen.

Was die Lokalisation der Symptome im Munde anlangt, sei auf die Statistik Trautmann's hingewiesen, der am häufigsten die Lippen und Lippenschleimhaut mit 53%, die Wangenschleimhaut mit 43%, etwas seltener den Gaumen mit 21%, ganz selten die Gingiva mit 10% und die Zunge mit 9% befallen fand. Die anderen Beobachter fanden ungefähr gleiche Zahlen.

Der Erythematodes kann an den Schleimhäuten nach der Hauterkrankung auftreten, mit ihr zugleich bestehen, oder er kann ihr vorangehen. Am häufigsten ist koexistierendes Auftreten beobachtet worden, vereinzelt nur solitä-

res. Bei den letzteren Fällen sind die Diagnosen zudem meist unsicher.

Das Uebergreifen der Erkrankung auf's Lippenrot ist allgemein bekannt und wird kaum noch besonders beschrieben. Nach Trautmann sind die Erscheinungen am Lippenrot im allgemeinen den von Kren gegebenen sehr ähnlich. Die Plaques, die durch Konfluenz bald die ganze Lippe einnehmen, zeigen die gleichen Ränder mit der gleichen Gefäßektasierung oder der gleichen feinen weißen Zeichnung. Innerhalb der Ränder tritt am Lippenrot das feine Netz der weißen Scheibchen besonders schön und deutlich hervor. Es ist das ein Merkmal, das Trautmann immer wieder und das er in den einzelnen Beschreibungen viel zu wenig hervorgehoben findet. Der Gesamtfarbenton der Lippe ist dann ein violetter. Sie ist ein wenig geschwollen und häufig evertiert. In der Regel sieht man frische Fälle mit schuppenähnlichen, großen, dünnen Epithellamellen und Blutkrusten bedeckt, sodaß die oben beschriebenen Details nur unvollkommen oder gar nicht zu sehen sind. Sie zeigen dann jenes von Dubreuilh beschriebene Phänomen, als wären sie mit Kollodium bestrichen und würden abblättern. Nach Mazeration dieser Epithellamellen und Krusten sieht man konkav sich begrenzende, unregelmäßige, rote Felder in violettem, weißgesprenkeltem Lippenrot. Erwähnenswert ist noch die auffallend leichte Blutung des affizierten Lippenrotes bei geringsten Bewegungen, während dieses Phänomen an der Mundschleimhaut nicht oder nur sehr selten be-

obachtet wird. Die Lippenschleimhaut erscheint in ihrer Konsistenz nur wenig verändert. Man hat nur ein Rauhigkeitsgefühl. Der Beginn der Erkrankung in den oberflächlichen Schichten ist in seinem Auftreten auf der Schleimhaut noch deutlicher zu sehen als an der äußeren Haut. Die Transparenz, welche die Schleimhaut infolge Mangels der Hornschicht aufweist, läßt die einzelnen Gefäßchen viel klarer als bei den auf der Haut lokalisierten Herden erkennen. Ich verweise auf die von Trautmann, Culver und Haslund zusammengestellten Fälle. Im Folgenden möchte ich zur näheren Erläuterung nur besonders interessante Fälle der letzten Jahre anführen.

Nobl beschreibt einen Fall bei einer 40jährigen Frau, bei dem ein von festhaftenden Schuppen bedeckter, stellenweise kenntlicher atrophischer Herd den Unterlippensaum umgriff, der auf der Höhe des Lippenrotes und in weiterer Umgebung der Schleimhaut das Aussehen einer leicht eingesunkenen, bläulich-weißen, trüb durchscheinenden, scharf abgegrenzten Plaque annahm.

C. A. Hoffmann fand bei einem 21jährigen Mädchen isolierten Schleimhaut-Erythematodes. Die Unterlippe war geschwollen und Sitz eines grauroten Krankheitsherdes, der durch einen nach außen allmählich, in der Mitte ziemlich steil abfallenden Wall scharf begrenzt war und eine feine, radiäre Streifung aus roten und grauen Streifen enthielt. Innen zeigte der Herd

eine narbige Fläche mit trockenen Schuppen und klaffende, verhornte Follikelmündungen.

Auch Bilinski beschreibt einen isolierten Erythematodes der Lippen ohne sonstige Hauterscheinungen. Die Diagnose ist zwar widersprochen. Andere halten sie jedoch für absolut sicher und heben die relative Seltenheit isolierter Schleimhautläsionen hervor.

Bei 4 von 11 Fällen mit Lippenläsionen hebt Culver besonders die Hartnäckigkeit der Affektion hervor.

de Baurmann und Guy Laroche schildern den Fall einer 75jährigen Patientin, die seit 15 Jahren an einer Arthritis tuberculosa des rechten Schultergelenkes litt. In einem halben Jahr entwickelte sich Erythematodes im Gesicht, an der rechten Hand und der Unterlippe. An der Unterlippe kam es auf einem Erythematodesherd zur Bildung eines Epithelioms. Die Autoren rechnen mit der Möglichkeit, daß der Erythematodes durch direkte bazilläre Uebertragung mittels des Eiters aus den Fisteln des tuberkulösen Gelenkes entstanden ist.

Die Bildung einer echten Geschwulst auf erythematösem Boden zeigt auch ein 1931 von Rost beobachteter Fall mit Erythematodes der Unterlippe, an der sich rechts eine kieselgroße Geschwulst entwickelte. Sie wurde von Rost als Carcinom erkannt und vom Hausarzt des Patienten operativ entfernt. Den umgrenzenden Ery-

thematodes behandelte man mittels Kaltkaustik mit gutem Erfolg. Bald nach seiner Entlassung beobachtete der Patient an der linken Seite der Unterlippe erneut eine kleine Geschwulst. Es handelte sich wiederum um ein Carcinom. An der äußersten Grenze der Geschwulst entdeckte man Reste des Erythematodes. Alles Ca-Gewebe wurde kaltkaustisch bis tief ins Gesunde koaguliert, ebenso der Erythematodes-Rest. Die histologische Untersuchung ergab die Diagnose eines Stachelzellen-Ca. Gute Heilung. Anamnestisch interessant ist, daß Patient erst nach Erfrierung der Ohren und Lippen Veränderungen an letzteren bemerkte und daß er starker Zigarettenraucher war.

Die nach Trautmann zu 43% der Fälle beobachtete Affektion der Wangenschleimhaut zeigt auch die mannigfachsten Bilder. Dubreuilh beschreibt 4 Fälle, bei denen vor allem die Wangenschleimhaut befallen war. Im Beginn zeigten sich rotviolette, ungenau begrenzte, ein wenig infiltrierte, manchmal kleine, oberflächliche Ulcerationen tragende Flecken. Die Röte nahm allmählich ab und es erschien ein weißer, derber, zirkulärer Narbenwulst mit gegen das Zentrum konvergierenden Narbenzügen. Als Lieblingssitz der Wangenschleimhaut-Affektionen bezeichnet Dubreuilh das Spatium zwischen den oberen und unteren letzten Molaren.

Porias fand in einem Fall an beiden Seiten der Wangenschleimhaut je einen angedeutet polycyklisch begrenzten, mäßig derben, gegen die

Umgebung etwas eingesunken aussehenden, von deutlich erhabenem, weißlich-grauem Rande eingeschlossenen Herd. Innerhalb ein unregelmäßiges Netzwerk von opalisierenden Streifchen, die größere und kleinere, hochrote, vertiefte Flecke einschlossen. Hier und da, besonders in der Nähe des weißlichen Randsaumes, deutlichere Vascularisation. Mit dem Spatel trockenes wurmstichiges Aussehen. Der ältere Herd zeigte deutliche Vernarbung. Die Nasenwurzel war blaß von vor 3 Jahren bestandenem, behandelten Erythematodes. Die Herde veränderten zeitweise ihr Aussehen.

Martenstein fand an der Wangenschleimhaut ausgedehnte Infiltrationen mit teils punktförmig, teils streifenförmig angeordneten weißen Stippchen. An der Peripherie des rechten Herdes multiple Erosionen.

Volk schildert einen Fall, der neben Verbreitung im Gesicht auch an der Wangenschleimhaut lokalisiert war, links als zarte weiche Verdickung, rechts mehr verrucös.

Urbach beschreibt den Fall einer Patientin, die seit Jahren an Erythematodes der Nase und Gesichtshaut litt und bei der sich seit einigen Wochen am Uebergang der Gingiva in die Wangenschleimhaut in der Gegend des rechten unteren Achters ein speckig belegtes Ulcus bildete, das an Größe dauernd zunahm.

Isolierte Wangenschleimhautaffektion sah van den Hoop bei 2 Patientinnen, die auf der

Wangenschleimhaut inter dentes angefangen und sich über die Schleimhaut und den Zungenrand weiter ausbreitete. Es fehlten sonstige Hauterscheinungen, selbst das Lippenrot war frei.

Ebenso hatte F u h s einen Fall mit isolierter Affektion, bei dem sich seit 2 Jahren in Höhe der Zahnschlußlinie beiderseits mehrere Plaques mit zentralen, oberflächlichen, rötlichen Ulcerationen zeigten. Zum Teil gelbliche Auflagerungen und leicht elevierte Ränder. Peripher Epithelverdickungen mit vielfach reiserbesenartiger Auffaserung und deutlicher Verästelung. F u h s schreibt von guten therapeutischen Erfolgen mit Kaltkaustik.

W a r d e fand an der Mundschleimhaut in einem Fall kleine erythematöse Flecke, in 4 Fällen perlmutterartige atrophische Herde und ebenfalls in 4 Fällen eine Anschwellung der Schleimhaut in toto.

Bei einem Fall von H a r t m a n n entsprachen die kranken Stellen auf der rechten und linken Wangenschleimhaut in der Gegend der Mündung des ductus parotideus genau den gegenüberstehenden kariösen Zähnen und entsprechend den Schleimhautherden der Lippen wiesen die Frontzähne Zahnstein auf.

W i l l i a m s und P e r n e t wollen mehrere Fälle von Erythematodes nur durch Veranlassung zahnärztlicher Behandlung beträchtlich gebessert haben.

Guy und Jacob entfernen sogar systematisch infizierte Zähne.

Warde sah in 2 Fällen eine Atrophie der Zungenschleimhaut.

Wise führt einen Fall einer 42jährigen Patientin an, die bereits seit 13 Jahren an Erythematodes des Gesichts litt. Im Verlaufe von 3 Wochen verspürte sie ein brennendes Gefühl an der Zunge. Es wurde dort ein atrophischer Herd, gegenüber einer unregelmäßigen Ulceration an der Wange, gefunden. Wise nimmt Erythematodes der Zunge an. Whitehouse schiebt einem kariösen Zahn die Auslösung der Mundaffektion zu.

Auch Morris, Malcolm und Dore fanden Erythematodes in einem Fall, der mit rotem Fleck am Handrücken begonnen hatte, später auch Gesicht, Nacken und Ohren befiel. Auf der Zunge und der Wangenschleimhaut leukoplakieähnliche Herde. Auffallend war dabei ein starker Juckreiz.

Hoffmann schildert einen Fall, der von Zinsser und ihm beobachtet wurde und einen markstückgroßen atrophischen Herd am Zungenrücken und mehrere erosive Scheiben der Wangenschleimhaut zeigte. Keine sonstigen Hauterscheinungen.

Außer Trautmann berichten hauptsächlich noch Smith, Dubreuilh, Rusch und

Kumer über einige Fälle, bei denen die Schleimhaut des Gaumens ergriffen war. Vereinzelt finden sich auch Fälle mit Uvula, Tonsillen und Pharinx-Affektionen. Trautmann hat einige in seinem Buch beschrieben.

Sehr eigentümlich sind die Beobachtungen von Leslie Roberts am Zahnfleisch. Er fand es am Unterkiefer schwammig und von den lockeren Zähnen weggeschrumpft. Gelegentlich sah er sogar etwas Eiter.

Jadassohn beobachtete ebenfalls in 2 Fällen Gingivitis mit Lockerung des Zahnfleisches und leichter Eiterung. Ob diese Erkrankung des Zahnfleisches als typischer Erythematodes aufzufassen ist, läßt sich bei der Seltenheit der Lokalisation schwer unterscheiden.

Culver achtete ebenfalls auf die Veränderungen am Zahnfleisch und schreibt, daß er es selten in guter Verfassung angetroffen habe. Oft finge es leicht zu bluten an. Fast ausnahmslos sei eine Gingivitis festzustellen gewesen. Gequollensein oder Schrumpfungen seien oft in ausgesprochenem Grad vorhanden, die Zähne in der Regel defekt. Diese Erscheinungen seien so konstant, daß dadurch notwendig auf langanhaltende vorherige gastro-intestinale Störungen mit Rückwirkung auf das Zahnfleisch und die Zähne hingewiesen würde. Culver sieht dies als ein Moment von einiger Bedeutung an und sagt, wenn man damit zugleich das nicht so sehr seltene Vorkommen von charakteristischen Affek-

tionen der Schleimhäute in Betracht ziehe, die Möglichkeit nahe läge, daß langdauernde Mängel bei den Prozessen der Digestion und Assimilation wahrscheinlich wichtige ätiologische Faktoren abgeben dürften. Eine weitere interessante Schlußfolgerung Culvers, welche sich aus einer sorgfältigen Beobachtung aller Phasen des Erythematodes der Schleimhäute ergibt, ist die, daß die Läsionen Aeußerungen einer konstitutionellen Erkrankung sind. Die Erscheinungen an den Schleimhäuten und an der Cutis sind nur Symptome eines tiefer liegenden pathologischen Vorganges. Zweifellos variieren die grundlegenden Störungen erheblich. Bei den Culverschen Fällen waren die Hinweise auf Störungen der Verdauung und der Assimilation die allerwichtigsten. Diese Störungen waren von so langem Bestand, daß ihre Ausschaltung nur durch lange und unausgesetzte Bemühungen zu ermöglichen war. Die Schwierigkeiten, denen man bei der Bekämpfung dieser krankhaften Grundlage begegnet, dürften nach Culver zum Teil auch eine Erklärung für die charakteristische Hartnäckigkeit geben, mit welchem das Leiden sich der Behandlung widersetzt.

Finnerud beschreibt eine Erscheinungsform des Erythematodes, die bisher wenig beobachtet wurde. Es handelt sich um eine diffuse, fast die ganze Mundhöhle befallende Erkrankung des Erythematodes, die allerdings durch eine Krysolganbehandlung ausgelöst wurde. Schon früher wurde gelegentlich der Krysolganbehandlung in einigen Fällen Disse-

minierung eines Erythematodes der Haut beobachtet. Im beschriebenen Falle war die Schleimhaut des sonst an Erythematodes erkrankten Patienten frei und befiel sie ohne irgend welche Vorerscheinungen einer sichtbaren Stomatitis. Das Krysolgan schien das auslösende Moment für die Ausbreitung in der Mundhöhle zu sein, da andere Ursachen nicht vorlagen. Nach einigen Injektionen verspürte der Patient ein leichtes Brennen und Trockenheit zuerst der Lippen, dann auch der Mundhöhle. Einige Tage später erschien die Schleimhaut beider Wangen trockener als normal und diffus von bläulich-weißem Kolorit. Es fanden sich äußerst dicht gestellte, bläulichweiße, flach erhabene, unscharf umgrenzte, verwaschen gefärbte Knötchen und Streifen. Gegen das Vestibulum oris gegen Kiefer- und Mundwinkel war die befallene Zone von einem 2—3 mm breiten, nicht überall sichtbaren, hellroten Saum begrenzt. Ueber die Kieferwinkel gingen die Affektionen auf den weichen Gaumen über, der kleinste weißliche Knötchen zwischen gering ektatischen Gefäßchen zeigte. In beiden Kieferwinkeln war die Schleimhaut oberflächlich erodiert und mit einem dünnen, gelblich-weißen Belag bedeckt. Nach einer Woche war die ganze Mundhöhle, mit Ausnahme des harten Gaumens und der Zungenoberfläche, total befallen, die Erscheinungen sogar überall verstärkt. Die Grenzen waren nunmehr unscharf. Am harten Gaumen zeigte sich eine umschriebene, scheibenförmige Plaque, mit Erosionen durchsetzt. Diese diffuse Ausbreitung ist etwas Neues.

Einen ähnlichen Fall erlebte O. Kren bei einem 35jährigen Patienten, der längere Zeit schon wegen Erythematodes des Gesichts in Behandlung war. Auf Radiumapplikation allmähliche Abheilung, die durch Krysolgan beschleunigt werden sollte. Man gab 8 Injektionen in Wochenintervallen zu 0,1. Schon bei der letzten Injektion zeigte sich ohne sonstige Nebenerscheinungen eine Schleimhautrötung der ganzen Mundhöhle, die sich zum typischen Bild des Erythematodes entwickelte. Keine Plaquesformen, sondern die ganze Wangenschleimhaut, der harte Gaumen und die Zungenränder waren diffus erkrankt. Das Prolabium war frei.

Erythematodes acutus der Mundhöhle ist im Vergleich zur chronischen Form nur selten beschrieben worden. Trautmann fand unter all seinen Fällen nur 6. Kaposi erwähnt nichts davon, hat jedoch später selbst einen Fall mit Eruptionen im Munde erlebt. Nur Jadassohn betont die Häufigkeit der Schleimhautbeteiligung. Er hat diese bei den akuten Fällen nie vermißt. Die Erscheinungen werden sehr verschieden geschildert, teils sind sie den beim chronischen Erythematodes ganz ähnlich, teils werden Oedeme und Rötung, Excoriationen mit narbigem Zentrum (Eichhoff), fibrinöse Beläge (Roth), Stomatitis mit weißen Plaques an den Lippen (H. Fox) hervorgehoben.

Klingmüller beobachtete einen akuten Fall mit unter septischen Erscheinungen tödlichem Ausgang bei einer 28jährigen Landbrief-

trägersfrau. Beginnend auf dem Nasenrücken, rasche Ausbreitung auf der seitlichen Nasengegend, bis Wangen und Ohren zum Teil ergriffen waren. Nach 3 Monaten Exitus. Am harten Gaumen, am Uebergang in den weichen, in etwa markstückgroßer Ausdehnung, mehrere rundliche bis erbsengroße, von mazerierter weißer Schleimhaut umsäumte, tief dunkelrote, oberflächliche Gewebsverluste, welche beim Kauen lebhaft schmerzten.

Löhe sah einen akuten Erythematodes, der mit roten Flecken im Gesicht begann, sich auf Kopf, Hals, obere Rückenpartie, Arme, Hände, Füße und die Mundschleimhaut erstreckte. Im Mund konfluierende Herde, auf der Schleimhaut der Lippen, Wangen, Zunge und am weichen Gaumen.

Einen weiteren Fall berichten Stewart jun., C. Colin und W. Goeckermann bei einem 14jährigen Mädchen, bei dem im Alter von 5 Jahren Erythematodes im Gesicht aufgetreten war und sich allmählich ausgebreitet hatte. Im 14. Jahr wurde eine vergrößerte Lymphdrüse operiert. Darauf rasches Ausbreiten der Erkrankung, so auch auf die Schleimhäute des Mundes und der Zunge.

van den Walk fand bei einem akuten Fall die Mund- und Rachenschleimhaut mitbeteiligt, entzündet, hier und da fleckig arodiert.

Rudolf Jaffé diagnostizierte einen Lupus erythematodes acutus plus subacutus bei einer

76jährigen Patientin. Nacheinander Erscheinungen an den Händen und im Gesicht. An der Mundschleimhaut uncharakteristische Schleimhauttrübungen mit prominentem Saum und eingesunkenem Zentrum. Das Lippenrot zeigte scharf gegen die Schleimhaut begrenzte Veränderungen mit rauher, schuppiger, teils atrophischer Oberfläche und mit radiär, weißlich getrübten Streifen.

Lennhof fand die Wangen- und Rachenschleimhaut ebenfalls befallen.

Uhlmann berichtet den Fall eines 25jährigen Mannes, der im Anschluß an einen Sonnenstich in Marokko Erythematodes bekam, der sich langsam verschlimmerte, um plötzlich akut aufzuflammen. In dieser Zeit zeigte sich auf der linken Wangenschleimhaut ein größerer Herd mit tiefer Ulceration.

In der Freiburger Klinik sah Rost 3 Fälle von akutem Erythematodes, bei denen die Schleimhaut gänzlich frei war.

Nach eingehender Durchsicht der Literatur kommt man zu der Auffassung, daß der chronische Erythematodes an den Schleimhäuten der Mundhöhle bei genauerer Untersuchung derselben häufiger anzutreffen ist, als man lange Zeit geglaubt hat. Auch von der akuten Form lassen sich immerhin mehrere Fälle mit Schleimhautbeteiligung anführen. Die Schleimhaut ist dem-

nach auch bei dieser Form häufig mitbefallen. Weitere sorgfältige Beobachtungen und Nichtaußerachtlassen der Mundhöhle werden hier Klarheit bringen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. G. A. R o s t für die Ueberlassung des Themas und freundliche Unterstützung bei dessen Ausarbeitung bestens zu danken.

Literatur.

Barber, Zbl. d. Hautkrkh. Bd. 34/353.
Bilinski, Derm. Wschr. Bd. 23/631.
Culver, Derm. Wschr. Bd. 62/369.
De Baurmann u. Guy Laroche, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 101/399.
Dubreuilh, Annales de Derm. 1901/231.
Ehrmann u. Falkenstein, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 130/519.
Finnerud, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 148/318.
Fuhs, Zbl. d. Hautkrkh. Bd. 31/28.
Hartmann, Zbl. d. Hautkrkh. Bd. 40/376.
Haslund, Derm. Zschr. Bd. 23/705.
Herrenknecht, Schweiz. V. Jahresschr. f. Zahnärzte 1913/H. 4.
Hoffmann, Derm. Zschr. Bd. 31/144.
— Derm. Wschr. Bd. 70/174.
Jadassohn, Mraczek Hbch. Bd. 3.
Jaffé, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 11/401.
Kaposi, Lehrb. d. Hautkrkh.
Klingmüller, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 130/519.
Krakauer, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 17/271.
Kren, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 12/238.
— Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. 35/137.
— Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 83/13.
— Arch. f. Derm. u. Syph. 125/8.
Kumer, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 6/336.
Lennhof, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 18/756.
Lewandowsky, Tuberkulose der Haut.
Löhe, Derm. Zschr. Bd. 51/354.
— Derm. Zschr. Bd. 56/368.
Martenstein, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 18/756.
Misch, Lehrb. d. Grenzgeb. d. Med. u. Zahnhk.
Morris, Malcome u. Dore, Arch. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 117/909.
Neuberg, Diss. 1926 Freibg., Ueber Lupus erythematodes acutus.

Nobl, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 25 H. 1.
— Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 21/258.
Porias, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 19/839.
— Derm. Wschr. Bd. 70/13.
Roberts, Brit. Journ. of Derm. 1897.
Rost, Lehrbuch der Hautkrankheiten.
Sequeira u. Baleau, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 68/313.
Sibley, Derm. Zschr. Bd. 57/278.
Stewart, Colin, Goeckermann, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. 40/376.
Trautmann, Die Krankheiten der Mundhöhle und der oberen Luftwege bei Dermatosen.
Uhlmann, Zbl. Bd. 35/402.
Urbach, Derm. Wschr. Bd. 83/1036.
Van den Walk, Zbl. Bd. 5/155.
Van den Hoop, Zbl. Bd. 11/220.
Veiel, Lupus erythematodes i. Hb. d. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. X/1.
Volk, Derm. Wschr. Bd. 70/13.
Warde, Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 68/312.
Williams u. Pernet, Derm. Zschr. Bd. 48/195.
Wise, Zbl. Bd. 14/460.
Zinsser, Hautkrankheiten u. Mundschleimhaut i. Hbch. d. Haut- u. Geschlechtskrkh. Bd. XIV/1.

Lebenslauf.

Am 4. Februar 1906 wurde ich zu Aachen als Sohn des Kaufmanns Eduard Plück geboren. Von 1915 bis Ostern 1926 besuchte ich die Hindenburg-Oberrealschule mit Realgymnasium zu Aachen. Nach bestandenem Abitur wandte ich mich dem Studium der Zahnheilkunde in Freiburg i. Br. zu. Das Sommersemester 1927 studierte ich in Bonn. Nach Freiburg zurückgekehrt, bestand ich im Sommer 1928 das zahnärztliche Physikum. Durch Krankheit wurde ich gezwungen, ein Jahr das Studium auszusetzen. Nach Wiederherstellung verbrachte ich zwei klinische Semester in Berlin und bestand nach weiteren 3 Semestern in Freiburg i. Br. im Wintersemester 1931/32 die zahnärztliche Hauptprüfung.